

Formular Qualitätsvereinbarung Rollstuhlversorgung

- (1) Gesuch um Aufnahme auf das Verzeichnis der Vertragslieferanten
- (2) Audit: Begehung und Besichtigung eines Betriebes (wird durch die Auditoren ausgefüllt)
- (3) Bereits bestehender Vertragslieferant: Die Seite 1 ist auszufüllen und die Voraussetzungen der Seite 2 sind zu erfüllen

Gesuch um Aufnahme auf das Verzeichnis der Vertragslieferanten - Wichtiger Hinweis:

Wir weisen darauf hin, dass der Aufnahmeprozess (ab Einreichung des vollständig und korrekt eingereichten Antragformulars bis zum Entscheid der Paritätischen Vertrauenskommission) bis zu vier Monaten dauern kann. Wird das Aufnahmegesuch nicht vollständig bzw. korrekt eingereicht oder gibt es anlässlich des Audits Beanstandungen, kann sich der Aufnahmeprozess entsprechend verlängern.

Firmenname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Tel.

E-Mail

Website

Rechtsform der Firma

Mitgliedschaften

Swiss Medtech

ORS

keine (B-Konzession)

Betriebsinhaber/in (Vorname/Name)

Fachliche Leitung (Vorname/Name)

Ausbildungen/Diplome

Bei ausländischem Diplom: Seit wann arbeitet der/die Diplominhaber/in in der Schweiz?

Anzahl Mitarbeitende (VZ-Stellen)

Davon mit Diplom Fachperson für Reha-technik EFA und/oder Orthopädist/in EFZ (VZ-Stellen):

Weitere Fachperson(en) – Vorname/Name/Ausbildung & Diplome:

1.

2.

3.

4.

(1) Antrag zur Aufnahme auf das Verzeichnis der Vertragslieferanten

Ausstattung/Infrastruktur

Aussenbereich/Eingangsbereich

Ist das Geschäft von aussen angeschrieben? Ja Nein

* Ist das Geschäft rollstuhlgängig? Ja Nein

* Sind die Öffnungszeiten/Erreichbarkeit an der Eingangstüre angeschrieben Ja Nein

Kundenbereich & Administration

Empfangsraum mit Sitzgelegenheit Ja Nein

* Gewerbe-/Geschäftslokalität mit Ausstellungsfläche, inkl. permanenter Rollstuhlausstellung und Testprodukte Ja Nein

* Rollstuhlgängige Toilette gemäss Anhang 1 Ja Nein

* Sichtgeschützte Ablage für Patienten- und Personaldossiers mit abschliessbarem Schrank (Gewährleistung Datenschutz) Ja Nein

EDV mit Anbindung zur elektr. Rechnungsverarbeitung Ja Nein

Werkstattbereich

Maschinenraum vorhanden Ja Nein

* Falls Maschinenraum vorhanden: Zum Bedienungsbereich abgetrennt Ja Nein

Werkzeugbank mit festmontiertem Schraubstock Ja Nein

* Werkzeuggrundausrüstung an den Arbeitsplätzen Ja Nein

Druckluftanlage vorhanden Ja Nein

Programmiergeräte für E-Rollstühle vorhanden Ja Nein

Nachweis zur Arbeitssicherheit gemäss gesetzlichen Grundlagen vorhanden Ja Nein

* Separater, abschliessbarer Raum oder Schrank für chemische und brennbare Stoffe Ja Nein

* Hebebühne vorhanden Ja Nein

* zwingend zu erfüllen

(F) Filialen* / (A) Abgabestellen** - Name & Adresse

1. F A

2. F A

3. F A

4. F A

* hat eine Werkstatt; arbeiten werden ausgeführt

** hat keine Werkstatt, keine Arbeit an Patienten, nur Abgabe

Öffnungszeiten

Tage pro Woche _____ Stunden pro Tag _____

Zwingende Beilagen

- Kopie Nutzungsbewilligung (Gewerbe-/Geschäftslokalität) der Gemeinde
- Kopie Handelsregisterauszug
- Kopien Diplome/Ausbildungsbestätigungen
- Fotodokumentation
 - Eingangsbereich Innen/Aussen (Zugang zum Geschäft)
 - Bereich Kundenempfang/Laden
 - Bereich Werkstatt
 - Sanitäre Einrichtungen im Kundenbereich
 - Grundrissplan (mit Massstab 1:100 oder 1:50)
- Bei ausländischem Diplom: Nachweis über Besuch des ergänzenden Kurses «Tarifanwendung» und «Schweizerisches Sozialversicherungsrecht»

Die Dokumente sind einzureichen an das Sekretariat der PVK Rollstuhlversorgung
(Sekretariat Tarif Rollstuhlversorgung, Tägerharding 8, 5436 Würenlos, info@rollstuhlтариф.ch)

Bemerkungen

Der/die Unterzeichnende/r bestätigt die Richtigkeit der obengenannten Angaben.

Ort/Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift(en)

Name in Blockschrift

(2) Audit: Begehung und Besichtigung eines Betriebes (wird durch die PVK-Auditoren ausgefüllt)

- | | | |
|--|--------------------------|---------|
| Zwingende Kriterien erfüllt | <input type="checkbox"/> | Erfüllt |
| Informiert über Deklarationspflicht | <input type="checkbox"/> | Erfüllt |
| Informiert über obligatorische Fortbildung (24 Credits alle 2 Jahre) | <input type="checkbox"/> | Erfüllt |
| Informiert über PVK anerkannte Seminare und Fortbildungen | <input type="checkbox"/> | Erfüllt |

Bemerkungen (Datenschutz, usw.):

Ort und Datum des Audits

Unterschrift 1. PVK-Auditor

Unterschrift 2. PVK-Auditor

Name
(in Blockschrift) Vorname

Name
(in Blockschrift) Vorname

Anhang 1: Definition rollstuhlgängige Toilette

Anforderung

- Abschliessbare Tür mit einer lichten Durchgangsbreite von Minimum 80cm.
- Der Raum muss eine adäquate Grösse für den Benutzer, Hilfsperson und Hand- oder Elektrorollstuhl aufweisen.
- Der Benutzer muss mit einem minimalen Winkel von 90° zwischen Toilette und Rollstuhl transferieren können (gem. untenstehender Skizze).
- Festmontierte/r Haltegriff/e bei der WC-Schüssel
- Das Waschbecken muss inner- oder ausserhalb vom Toilettenraum angebracht sein.

